

АНАЛІЗ РОЗХОДЖЕНЬ КЛІНІЧНОГО І ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ДІАГНОЗІВ ПРИ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ

*Карпенко Л.І., канд. мед. наук, доцент
СумДУ, медичний інститут, кафедра патоморфології*

Головним в проведенні ефективного лікування хворих з хірургічною патологією є своєчасно і правильно поставлений діагноз.

Метою проведеної роботи стало вивчення випадків смерті хворих з хірургічною патологією з невірно встановленим за життя клінічним діагнозом. Для проведення аналізу було взято історії хвороб та протоколи розтинів померлих хворих в Сумській обласній клінічній лікарні у 2006 році.

Причинами розходжень клінічного та патологоанатомічного діагнозів померлих хворих у хірургічних відділеннях стали: пізня госпіталізація, тяжкий стан хворого, неповне обстеження, тяжка супутня патологія, рідкість захворювання, атиповий перебіг хвороби.

Так, частою причиною розходжень є не встановлення за життя діагнозу хронічної виразкової хвороби 12- палої кишки. Кровотечу з виразки було розцінено, як кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка.

Розходження діагнозів мало місце у хворої з хронічною серцевою патологією в стадії декомпенсації, коли больові симптоми в черевній порожнині були розцінені, як прояв асцити, а не прояв перфорації та пенетрації хронічної виразки 12- палої кишки.

В деяких випадках мало місце розходження діагнозів по формулюванню. Так, хворому 44 років з одонтогенною флегмоною діагноз хронічної виразкової хвороби 12- палої кишки був винесений у рубрику супутньої патології.

Був випадок гіпердіагностики, коли хворому з цирозом печінки був поставлений діагноз хронічної виразкової хвороби 12- палої кишки, який не був підтверджений під час розтину померлого.

Рідкість захворювання стало помилкою при діагностиці у хворого 25 років- темно клітинний аденогенний рак правого наднирника з метастазами в здохвинну кишку.

У хворого 71 року, який був госпіталізований в урологічне відділення, не був встановлений діагноз: розшаровуючої аневризми черевного відділу аорти з розривом. Причиною розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозів став тяжкий стан хворого, невірна трактовка даних анамнезу (оперативне втручання з приводу злоякісної пухлини сечового міхура). Через все це клініцистами була розцінена клінічна симптоматика, як метастази злоякісної пухлини в кишечник або злоякісне новоутворення кишечника з метастазами в заочеревинні лімфатичні вузли.

Таким чином, розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозів зустрічаються в клініці за основним захворюванням та його ускладненнях.